

ОПЫТ РАБОТЫ № 0886

**Первичная медико-санитарная помощь
высокого качества: МедЭкспресс - практика
общего профиля в Санкт-Петербурге**

Ноябрь 1996 года

**Первичная медико-санитарная помощь
высокого качества: *МедЭкспресс* - практика
общего профиля в Санкт-Петербурге**
(Medexpress PHC Case Study)

ОПЫТ РАБОТЫ

Подготовил согласно заказу № 5761-068
Марк Стоун, М.Д.,
Программа *ЗдравРеформ*
Абт Ассосиэйтс¹

Контракт AID # CCN-004-C-4023-00
Исполнитель Абт Ассосиэйтс Инк
с отделениями в Бетезда, Мериленд;
Москва, Россия; Киев, Украина

Ноябрь 1996 года

¹ М.Д. - врач общей практики (сноска переводчика)

1.0 ВВЕДЕНИЕ	4
2.0 ОРГАНИЗАЦИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ	4
3.0 ЛОГИКА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	5
4.0 ОБЩАЯ ПРАКТИКА - МЕДЭКСПРЕСС	8
ТАБЛИЦА 1.	8
Таблица 2.	10
ТАБЛИЦА 3.	12
ТАБЛИЦА 4.	14
ТАБЛИЦА 5.	15
ТАБЛИЦА 6.	17
5.0 УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ОПЫТА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ МЕДЭКСПРЕСС	18
СПРАВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ	21
ПРИЛОЖЕНИЕ: ПЕРЕЧЕНЬ ОБОРУДОВАНИЯ, ПРИОБРЕТЕННОГО ДЛЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ МЕДЭКСПРЕСС	22

1.0 Введение

В 1993 году Американское Агентство Международного Развития (ААМР) начало реализацию Программы *ЗдравРеформ* (ПЗР) по оказанию содействия странам бывшего Советского Союза в реформировании системы здравоохранения. Основными аспектами реформирования были: управление, финансирование и структурная организация. Вместе с органами власти национального и местного уровней, политиками, руководителями мед.учреждений и медицинскими работниками, Программа разрабатывала, воплощала и проводила оценку инициатив, направленных на улучшение финансовой жизнедеятельности мед.учреждений, эффективности и качества медицинской помощи, при сохранении справедливой доступности. Одной из подобных инициатив ПЗР в России явилась программа небольших грантов для финансирования пилотных проектов, предложенных местными инноваторами, по выработке новых решений проблем финансирования, управления, организации и непосредственного оказания медицинской помощи. Данный отчет проводит анализ одного из таких грантов, который был предоставлен страховой компании *МедЭкспресс* в Санкт-Петербурге, Россия, и использован компанией для организации медицинской практики общего профиля в этом городе.

2.0 Организация и финансирование системы здравоохранения в России

Первым основным изменением в пост-советской России стало создание фондов в Обязательного Медицинского Страхования (ОМС), в которых сочеталось участие государства и работодателя в оплате за медицинскую помощь. Эти фонды действуют на областном уровне и распределяют финансирование по районам. Администрация каждого района выбирает одну или более страховых компаний для получения этого финансирования. Страховые компании, в свою очередь, заключают контракты с медицинскими учреждениями (обычно, больницами и поликлиниками) для оказания помощи населению, застрахованному этой компанией. Подобный порядок предполагает как минимум два уровня наблюдения за качеством и эффективностью оказываемой помощи: страховая компания - посредством контроля оплаты мед.учреждениям, и районная администрация - посредством отбора страховых компаний.

Возможность районных администраций производить выбор среди конкурентоспособных страховых компаний способствует тому, что эти компании организуют оказание медицинской помощи с учетом как экономических (необходимо получить определенную прибыль), так и политических аспектов: страховые компании должны оправдать ожидания районных администраций в условиях полуженного финансирования, либо они проиграют в пользу более жизнеспособных компаний. Другие формы конкуренции не получили развития. Страховые компании не конкурировали непосредственно за получение потребителя, также не наблюдалось конкуренции среди мед.учреждений, оказывающих бесплатную п

омощь. Советская система создала единственный источник медицинской помощи для каждой географической территории. Страховщики не стремятся заключать контракты с лучшими мед.учреждениями, так как они являются единственными покупателями медицинской помощи на данной территории. Мед.учреждениям же обычно нет необходимости конкурировать за получение контрактов со страховыми компаниями, потому что они являются монополистами на своей территории.

Пациенты сталкиваются с теми же проблемами в мед.учреждении, что и страховые компании. Существующая система базирующейся на поликлинике первичной помощи не дает пациенту никакого права выбирать медицинское заведение или врача для получения помощи. Население приписано к определенной поликлинике по месту жительства, и не существует никакой конкуренции среди поликлиник. Вследствие этого, в данных учреждениях наблюдается низкая эффективность оказываемой помощи. Поликлиники не заинтересованы в предоставлении эффективной и качественной медицинской помощи, или в уменьшении количества направлений в стационар, так как объем их финансирования не зависит от качества услуг или от числа госпитализированных больных. Наоборот, объем финансирования напрямую зависит от количества медицинского персонала и от фиксированного числа населения, приписанного к данной поликлинике. Практически, персонал поликлиники может уменьшить свою рабочую нагрузку, направив больных в стационар. Более того, очень ограниченной является конкуренция среди страховых компаний, предоставляющих обязательное страхование. В результате чего, подобные организации не заинтересованы в гарантии высокого качества медицинских услуг.

3.0 Логика общей практики

Страховая компания *МедЭкспресс* является одной из одиннадцати медицинских страховых компаний, действующих в Санкт-Петербурге, и одним из двух страховщиков, ответственным за Центральный район города. Для того, чтобы успешно конкурировать с другими компаниями, *МедЭкспресс* решила разработать новые способы оказания помощи и оплаты мед.учреждениям, которые улучшили бы качество и эффективность предоставляемых услуг. Для достижения реальных улучшений, компания остановилась на комбинации трех элементов: финансовая заинтересованность, конкуренция и реорганизация с акцентом на первичной помощи. Основной целью получения гранта от ПЗР была организация общей практики, которая должна конкурировать с поликлиниками и основываться на той же финансовой заинтересованности.

Метод оплаты, использованный компанией *МедЭкспресс*, направлен на поощрение конкуренции между поликлиникой и общей практикой за получение как можно большего числа пациентов. Врачам общей практики по закону не разрешается действовать в качестве независимых поставщиков ОМС, но они могут работать по контракту с поликлиникой. *МедЭкспресс* производит оплату пол

иклинике на душу населения за амбулаторную помощь, оказанную в поликлинике *либо* в условиях общей практики. В контракте компании *МедЭкспресс* с поликлиникой оговаривается, что поликлиника обязана нанять по трудовому соглашению врачей общей практики и выплачивать им 60% подушной оплаты за каждого больного данной поликлиники, который выберет одного из врачей общей практики в качестве своего врача первичного уровня.² Таким образом, поликлиника заинтересована в предоставлении высококачественной помощи (направленность на нужды потребителя), с тем чтобы пациенты отдали предпочтение специалистам поликлиники, а не врачам общей практики; в этом случае поликлиника сможет сохранить полную сумму подушной оплаты на этих пациентов.

В контракте с *МедЭкспресс* также содержится положение, в соответствии с которым поликлинике не выгодно госпитализировать своих больных. *МедЭкспресс* имеет отдельный бюджет для стационарной помощи и оплачивает больнице фиксированную сумму за завершённый случай лечения. Адекватные профилактические меры со стороны поликлиники, которые помогают избежать необходимости в госпитализации, являются единственным способом уменьшения числа подобных случаев и экономии данного бюджета. По контракту с *МедЭкспресс* 95% сэкономленных средств из бюджета на стационарную помощь передаются поликлинике. Если же сэкономленные средства получены в результате меньшего числа случаев госпитализации пациентов врачей общей практики, то они будут переданы непосредственно этим врачам.

Теоретически, финансовая заинтересованность может быть эффективной и в условиях отсутствия конкурирующей среды. Таким образом, даже без организации общей практики, система оплаты, использованная компанией *МедЭкспресс*, вырабатывает у поликлиники заинтересованность в предоставлении медицинской помощи как эффективной (посредством снижения необходимости в госпитализации), так и экономичной (потому что, если сумма оплаты не зависит от количества ресурсов, использованных поликлиникой, то возникает интерес эффективно использовать меньшее их количество). При организации общей практики (конкурента поликлиники), как поликлиника, так и врачи общей практики не только имеют одинаковую экономическую заинтересованность, но и ведут конкурентную борьбу между собой за пациентов, основываясь на максимальном удовлетворении запросов пациентов. Даже если поликлиника работает эффективно и экономично, объем ее финансирования уменьшится в том случае, если недовольные больные перейдут к врачам общей практики.

2

В принципе, поликлиника удерживает 40% оплаты на душу населения для того, чтобы покрыть расходы на любую услугу, которую врач общей практики сам не в состоянии предоставить. Однако, в контракте существует положение, в соответствии с которым процент подушной оплаты, удерживаемый поликлиникой, может изменяться в том случае, если объем помощи, оказанной врачом общей практики, будет больше (меньше) ожидаемого.

Принципиальным шагом стало открытие офиса врачей общей практики внутри поликлиники в Центральном районе. В штат офиса вошли два терапевта, один интерн и один педиатр, который прошел трехлетнее обучение по семейной медицине в аспирантуре в Медицинской Академии Санкт-Петербурга. Офис был оснащен оборудованием, позволяющим проводить наиболее общее лечение и диагностику, исключая ультразвуковое и рентгеновское обследование. Двум врачам общей практики была предоставлена возможность доступа в стационарные отделения и лабораторию, а также общения со специалистами, работающими в больнице, с тем чтобы дополнять недостаток навыков и оборудования. Пациентам было дано право выбора между врачами общей практики и обычным медицинским персоналом поликлиники. Предполагалось, что конкуренция между штатом поликлиники и врачами общей практики приведет к улучшению качества медицинской помощи. Также считалось, что первичная медико-санитарная помощь, организованная в рамках общей практики, а не поликлиники, будет более эффективной и высококачественной.

Для конкуренции наличие общей практики было необязательным. Две поликлиники могут конкурировать друг с другом. Общая практика была организована для того, чтобы проверить- сможет ли альтернативная поликлиника модель улучшить качество и эффективность помощи. Это - модель первичного уровня медицинской помощи, где в центре находится человек, а не специфическое медицинское состояние. Модель общей практики ассоциируется с несколькими положительными аспектами.

- *Первый контакт:* врач общей практики обычно должен быть первым врачом, с кем встречается больной; а больному обычно должен обратиться с одним и тому же врачу, когда у него/ее возникают проблемы.
- *Продольный охват:* врач общей практики должен оказывать внимание пациенту в течение всей болезни, от начала до конца.
- *Всеобщий охват:* врач общей практики должен быть в состоянии справляться с большинством аспектов обычных заболеваний.
- *Координация:* врач общей практики должен быть осведомлен (и не иметь возражений) по поводу всего объема медицинской помощи, оказываемого больному.

Данная модель предполагает, что один врач, имея весьма скромные ресурсы, в состоянии справиться с диагностикой и лечением большей части обычных заболеваний. Модель также предполагает, что врач устанавливает долгосрочные взаимоотношения с пациентами и их семьями не только потому, что это приводит к лучшему пониманию проблем больного, а также и потому, что общение с пациентом и постоянный доступ к врачу улучшает взаимодействие и ведет к выздоровлению больного, а также к большей степени его удовлетворенности от полученной помощи. Врачи могут довольно углубленно заниматься лечением небольших групп населения. Больницы же и специалисты узкого профиля, которые предоставляют наиболее дорогостоящие формы помощи, предназначаются для тех больных, которые вероятнее всего будут нуждаться в обследовании и специализированных учреждениях.

4.0 Общая практика - МедЭкспресс

Офис врачей общей практики был открыт 1 августа 1995 г. Население об этом было поставлено в известность по местному радио, через рекламу в прессе; информация была вывешена на стенде в поликлинике; рекламные проспекты опускались в почтовые ящики по месту жительства населения; а также сами врач и общей практики рассказывали об этом всем знакомым. Первый больной был зарегистрирован 20 августа 1995 г. К 31 декабря 1995 года было зарегистрировано 379 пациентов. Наибольший успех общей практики проявился в привлечении больных с серьезными медицинскими проблемами, которые не были удовлетворены качеством предыдущего лечения. Эта небольшая группа пациентов осуществила более шестисот посещений в течение первых трех месяцев. Средний возраст больных составлял приблизительно 40 лет, а более 20% были люди старше 60 лет; этот показатель примерно на семь лет старше, чем население в целом. Подобная разница не дает провести полноценное сравнение с гораздо более молодым и здоровым населением, которое обслуживается в поликлинике.

Казалось, что понадобится очень долгий и трудный процесс, чтобы привлечь в общую практику население, чье количество будет достаточно большим, а состав - подобный тому, кто обслуживается в поликлинике; с тем, чтобы результаты эксперимента имели значимость. Тогда было решено прикрепить один из районов обслуживания поликлиники к офису общей практики. Жители этого района автоматически регистрировались в офисе общей практики, но могли по желанию вернуться в поликлинику; жители же не прикрепленного района могли продолжать регистрироваться у врачей общей практики.

Прикрепление района обслуживания к офису общей практики увеличило количество пациентов до 3587 человек. К 15 июня 1996 г. общая практика увеличилась до 3735 человек. Улучшений в возрастной структуре не наблюдалось: средний возраст вырос на один год, а количество больных старше 70 лет было в два раза больше, чем в среднем по населению. Однако, количество детей было приблизительно на одну треть меньше, чем по населению в среднем. В связи с тем, что на маленьких детей, так же как и на пожилых больных требуются гораздо более существенные медицинские ресурсы, то ожидавшаяся стоимость медицинской помощи на одного человека, в условиях общей практики, была всего на 5% выше, чем у населения в среднем.

Таблица 1.

Общая практика, возрастная структура (на 15 июня 1996 г.)

Возраст	Количество
0-3	47
4-7	160

8-14	360
15-29	619
30-49	1 342
50-69	755
70 и старше	452
ВСЕГО	3 735

Характеристика посещений офиса общей практики, представленная в следующей таблице в виде среднемесячных показателей, демонстрирует некоторые изменения с течением времени; но наиболее интересным представляется то, насколько мало разнятся показатели последнего квартала 1995 года и второго квартала 1996 года. Нагрузка врача (время, потраченное на консультацию) оказалась во втором квартале 1996 года, когда обслуживалось более 3 700 пациентов, не больше, чем в 1995 году, когда число больных составляло всего 379 человек. Наблюдается незначительное увеличение рабочей нагрузки в первом квартале 1996 года, но это вполне объяснимо для зимнего периода. Первоначальные пациенты 1995 года может быть были в среднем серьезно больны, но среди новых пациентов также наблюдалось много серьезных заболеваний; около 400 из них были старше 70 лет. Причина отсутствия изменений может иметь несколько объяснений.

Таблица 2.

Общая практика, среднемесячные посещения

Тип консультации	21 августа - 31 декабря 1995 г.	1 января - 31 марта 19 96 г.	1 апреля - 15 июня 19 96 г.
Посещения на дому	22	21	20
Интенсивные посещения на дому для контроля случаев обострения, координации лечения, ведения записей по диспансеризации и т.д.	12	8	12
Первоначальное посещение	50	58	42
Вторичное (повторное) посещение :	91	172	100
- по инициативе больного	39	111	21
- по инициативе врача	52	61	79
Скрининг	5	18	24
Консультации по телефону	10	18	10
ВСЕГО	190	295	208
Средняя продолжительность (мин.)	29	22	27
Кол-во часов в месяц	93	111	94

Самые первые больные, может быть, уже не получают столь интенсивную помощь. Первые пациенты получали очень интенсивную помощь в четвертом квартале 1995 года и, наверное, уже не нуждались в таком повышенном внимании. Уменьшение количества повторных посещений по инициативе больного может отражать окончание зимнего сезона с его острыми проблемами, но также вероятно появление моделей непрерывной помощи: маловероятно, что пациенты обратятся к врачу без крайней необходимости, если у них уже назначена встреча с врачом в будущем, либо если в ходе предыдущего визита они уже получили исчерпывающий совет. Большое число повторных посещений по инициативе врача может отражать повышенное внимание врачей к профилактике, с целью предотвращения срочных вызовов или госпитализации наиболее серьезных больных.

Новые больные, может быть, не получают интенсивной помощи. Текущий процент консультаций кажется слишком низким, менее одного посещения на прикрепленного человека в год, причем каждая консультация длится в среднем 26 минут, а это - дольше даже, чем среднее посещение в поликлинике (22 минуты). В противовес этому, среднее количество амбулаторных посещений по стране составляет около 10 на человека в год, но это число включает и визиты к специалистам; в среднем посещение врача первичного уровня в обычной поликлинике

ке длится менее десяти минут.³ Из офиса общей практики больных направляли к специалистам узкого профиля приблизительно 17 раз в месяц; и, если принять во внимание последующие посещения специалистов, что могло стать результатом этих направлений, то можно рассчитать, что пациенты врачей общей практики получали в общем около 120 часов консультационного времени в месяц, или приблизительно две минуты на пациента в месяц.⁴ При поликлинической системе в прошлом, в среднем на больного приходилось 15 минут консультационного времени в месяц; это означает, что пациенты общей практики проводят приблизительно на 85% меньше времени с врачами.

Подобный очень низкий расход времени предполагает вероятность того, что многие больные получают помощь где-то в другом месте. Не является очевидным и то, что пациенты врачей общей практики страдают от недостатка помощи (см. ниже). Пациенты не отвергают общую практику; врачи общей практики работают, как и прежде, на полную мощность. Возможно, что клиенты общей практики в большей степени, нежели пациенты поликлиники, предпочитают платные клиники: они могут считать врачей общей практики хорошей альтернативой платным учреждениям. Но, тем не менее, они предпочитают обращаться и в платные клиники, и к врачам общей практики, а не в обычную поликлинику. Однако, даже если так и есть на самом деле, то результат будет слишком незначительным для объяснения низкого числа посещений врачей общей практики.

Если больные получают лечение в других местах, наиболее вероятным объяснением может быть административная ошибка: пациенты, прикрепленные к офису общей практики, продолжают приходить в поликлинику, где их ошибочно принимают и лечат в качестве своих собственных больных. Подобная возможность требует дальнейшего изучения, но ее значимость представляется ограниченной. Если больные, прикрепленные к общей практике, обращаются напрямую в поликлинику, очень маловероятно, что причиной послужило серьезное заболевание; потому что уровень госпитализации среди пациентов, *зарегистрированных* в офисе общей практики - то есть, независимо от того, где фактически они

3

Врачи общей практики *МедЭкспресса* принимали 200-300 пациентов каждый месяц, что составляет приблизительно 100-150 посещений больных на врача в месяц. Подобная рабочая нагрузка является схожей с опытом врачей первичного звена в Поликлинике семейной медицины (ПСМ) города Днепродзержинска, Украина. Этот эксперимент был описан в предыдущем исследовании. Однако, в ПСМ на одного прикрепленного человека приходится на 50% больше посещений, чем в *МедЭкспрессе*; даже с учетом того факта, что клиенты ПСМ сравнительно молоды и более стабильны.

4

Этот расчет основан на предположении, что каждое направление к *специалисту узкого профиля* приводит к 3.4 повторных посещений, такое же количество повторных визитов у *врачей общей практики* на первичное посещение. Это может означать, что пациенты врачей общей практики осуществляют около 60 дополнительных посещений (20 часов) в месяц.

получают медицинскую помощь - гораздо ниже уровня госпитализации больных, зарегистрированных в поликлинике (см. ниже). Если большое количество пациентов общей практики по ошибке были пролечены в поликлинике, то уровни госпитализации должны быть схожими. Так как не ясно, всем ли пациентам общей практики было уделено достаточное внимание, представляется целесообразным провести небольшой опрос по телефону. В ходе этого опроса можно было бы обзвонить 30 или 40 человек, прикрепленных к офису общей практики, которые не посещали врачей, и поинтересоваться - получали ли они медицинскую помощь в других местах, а также возникали ли у них сложности с обращением к врачам общей практики.

Врачи общей практики оказали помощь только 15% прикрепленного населения; только 447 из 3735 больных осуществили первое посещение врача общей практики в течение первых 9 месяцев их деятельности. Однако, эти 15% населения представляются наиболее нуждающимися в медицинской помощи. Влияние общей практики на использование стационарной помощи и услуг скорой помощи является драматическим. Как представлено в таблицах 3 и 4, уровень поступлений в больницу и обращений в скорую помощь среди пациентов общей практики на более чем 40% ниже, чем в среднем по Центральному району. Подобное можно было бы ожидать, если бы население, прикрепленное к офису общей практики, было моложе и здоровее, чем в среднем. Однако, это не так; среди жителей, обслуживаемых врачами общей практики, есть очень много пожилых людей.⁵

Таблица 3.

Вызовы скорой помощи пациентами общей практики

Количество вызовов скорой помощи в месяц на 1000 населения	Все амбулаторные учреждения в Центральном районе Санкт-Петербурга	Офис общей практики
3-4 квартал 1995 г.	14.8	5.8
1 квартал 1996 г.	14.8	5.6
2 квартал 1996 г.	16.7	5.6

5

Эти показатели схожи с аналогичными из Поликлиники семейной медицины в Днепродзержинске, как было представлено в предыдущем исследовании (6.1 вызовов скорой помощи в месяц на 1000 населения и 5.8 госпитализаций в месяц на 1000 населения).

Таблица 4.

Поступления в стационар среди пациентов общей практики

Количество поступлений в стационар в месяц на 1000 населения	Все амбулаторные учреждения в Центральном районе Санкт-Петербурга	Офис общей практики
3-4 квартал 1995 г.	21.7	9.4
1 квартал 1996 г.	23.6	8.5
2 квартал 1996 г.	27.4	9.8

Успех, достигнутый врачами общей практики в снижении показателей госпитализации и вызовов скорой помощи, доказывает, что совершенно маловероятным представляется отрицательный эффект общей практики на состояние здоровья населения. Хотя возможно, по крайней мере теоретически, что такие низкие показатели госпитализации и вызовов скорой помощи являются результатом того факта, что больные умирали до того, как им была оказана скорая или стационарная помощь (на настоящий момент данных по уровню смертности не имеется). Обычный ход ухудшения состояния здоровья больного предполагает не сколько случаев госпитализации и обращений в скорую помощь до возникновения фатального исхода.

Общая практика продемонстрировала великолепную способность сокращать объем использования как своих собственных (посещения больных), так и не относящихся непосредственно к практике ресурсов (вызовы скорой помощи и госпитализация). Подобный эффект наблюдается и в использовании других медицинских услуг.

Таблица 5.

Использование диагностических услуг пациентами общей практики

Диагностич. услуги	3-4 кварт. 1995 г.		1 квартал 1996 г.		2 квартал 1996 г.		Все кв арт.
	Оказано врачом общей практики	По направлению	Оказано в общей практике	По направлению	Оказано в общей практике	По направлению	
Кол-во на 100 посещений клиники							
ЭКГ	28.5	-	8.7	-	11.6	-	15.6
Бактериологические анализы	0.2	0.4	2.8	-	1.2	-	1.7
Анализ крови	10.9	13.0	5.0	5.1	6.0	4.6	14.5
Всего по лаборатории	39.6	13.4	16.5	5.1	18.8	4.6	31.8
Рентген. обследование	-	1.2	-	1.2	-	1.9	1.4
Диагностич. ультразвук	-	1.9	-	1.6	-	5.1	2.6
Всего диагностич. визуализации	-	3.1	-	2.8	-	7.0	4.0

Количество диагностических услуг на 10 000 населения (ежегодный уровень)	3-4 квартал 1995	1 квартал 1996	2 квартал 1996
Лаборатория	31,878	2,127	1,566
Рентгеновское обследование	744	119	129
Диагностич. ультразвук	1,116	159	339

Уровень использования лабораторных услуг был самым высоким в 1995 году, когда врачи общей практики только знакомились со своими пациентами, а средний больной отличался более серьезной степенью заболевания. Хотя в эти показатели не включены анализы, назначенные пациентам общей практики другими врачами, тем не менее они гораздо ниже среднего уровня по СНГ - около 9 0 000 исследований в год на 10000 населения. Небольшое количество направлений к специалистам узкого профиля врачами общей практики увеличивает

вероятность того, что общий объем использования лабораторных услуг пациентами общей практики не слишком превышает представленные здесь цифры.⁶

Показатели использования услуг врачей общей практики, если их подсчитать по отношению к количеству посещений клиники, будут близкими к обычно наблюдающимся в СНГ. Показатель общей практики в 31.8 лабораторных анализов на 100 посещений все равно гораздо ниже 80 лабораторных анализов на 100 посещений поликлиники в среднем по СНГ, но ближе к 39.8 лабораторных анализов на 100 посещений в ПСМ в Днепродзержинске. Показатель общей практики в 4.0 рентген. и ультразвукового обследований на 100 посещений является таким же, как в целом по СНГ (в ПСМ этот уровень составляет 2.8 процедуры на 100 посещений).

Все эти данные дают возможность предположить, что в целом по СНГ использование медицинских ресурсов соотносится не с распространенностью заболевания среди населения, а в большей степени зависит от наличия самих ресурсов и от частоты посещений больными врачей. Подобный феномен наблюдается и в США, а также других Западных странах. **Общая практика в состоянии уменьшить количество проводимых исследований путем снижения числа направлений своих пациентов к другим врачам.**

Из таблицы 6 следует, что в условиях общей практики количество направлений к специалистам сократилось на 80%. В поликлинической системе большая часть направлений связана с простейшими процедурами: базовый неврологический осмотр, осмотр уха, горла, носа; все это врач общей практики в состоянии осуществить сам, так как у него есть необходимое оборудование и он прошел не большое дополнительное обучение.

6

Опять таки, модель оказания помощи в условиях общей практики является аналогичной ПСМ в Днепродзержинске, где в среднем приходится 11 884 исследования в год на 10000 населения. Использование в общей практике ультразвукового и рентгеновского обследований также гораздо ниже, чем в целом по СНГ (4 000 рентген. обследований на 10000 населения и 1 500 ультразвуковых обследований на 10 000 населения), и является схожим с показателями ПСМ - 645 рентгеновских и 178 ультразвуковых обследований в год на 10 000 населения.

Таблица 6.

Использование терапевтических услуг и направления к специалистам узкого профиля пациентов общей практики

Медицинские услуги	3-4 кварт. 1995 г.		1 квартал 1996 г.		2 квартал 1996 г.	
	Оказано в рачом об щей практи ки	По напра влению	Оказано врачом о бщей пра ктики	По напра влению	Оказано врачом о бщей пра ктики	По напра влению
Кол-во на 100 посещений клиники						
Иммунизация	-	0.4	5.2	0.3	9.9	-
Массаж	-	0.8	0.5	0.7	5.1	0.7
Внутривенные инъекции	1.0	-	1.6	-	1.4	-
Физиотерапия	-	1.2	-	3.3	-	2.4
Всего по терап ии	1.0	2.5	7.4	4.3	16.4	3.1
ЛОР (оториноларингология)	12.0	-	6.2	0.1	4.6	0.2
Неврология	-	-	4.1	0.5	5.6	0.7
Офтальмолог	-	-	-	-	-	-
Тонометрия глаза	2.1	-	2.5	-	1.0	-
Острота зрения и очки	4.9	0.4	4.3	0.5	2.9	-
Офтальмо-скопия	2.5	-	5.0	0.8	6.3	-
Хирургические процедуры	0.4	-	0.5	0.1	0.7	0.5
Ортопедия	-	-	0.5	0.1	0.5	0.2
Урология	-	-	0.1	0.1	-	0.5
Гинекология	-	-	0.7	0.8	-	1.2
Онкология	-	-	-	-	0.2	0.2
Проктология	-	-	-	-	-	0.2
Другие специалисты	-	4.5	-	-	-	-
Всего процедур по специалистам	21.9	4.9	24.0	3.2	21.7	3.9

В следующей таблице представлены проценты экономии, достигнутые в условиях общей практики. Хотя расходы на первичную медико-санитарную помощь и выросли на 200%, в то же время затраты на стационарную помощь сократились на 64%, а использование поликлинических ресурсов помимо первичной помощи уменьшилось на 85%, если сравнивать с обычной системой медицинской помощи. Общие издержки снизились на 55%; а если принять во внимание то, что пациенты общей практики старше, чем в целом по району, то процент экономии доходит до 57%. Этот опыт опять-таки очень напоминает Поликлинику семейной медицины, где экономия составляет 53%. В связи с тем, что 95% экономии бюджета на стационарную помощь передается поликлинике, из которых 60% идет врачам общей практики, то общая практика должна получить оплату почти в три раза больше запланированной за предоставляемые услуги (43/15), в то время как поликлиника получает оплату более чем в *девять* раз превышающую стоимость услуг, оказываемых ими пациентам общей практики (28/3). Это означает, что 40% оплаты на душу населения и сумма экономии, удерживаемые поликлиникой, чрезмерно велики и должны быть уменьшены, по справедливости, до 20%.

	Стационар	Первичная помощь	Другая поликлиника
Обычный бюджет	75%	5%	20%
Бюджет общей практики	75%	15%	10%
Фактические расходы	27%	15%	3%
Сэкономленные средства для перераспределения	29%	43%	28%

5.0 Уроки, извлеченные из опыта общей практики *МедЭкспресс*

Опыт деятельности практики общего профиля *МедЭкспресс* продемонстрировал, что результатом **изменения структуры системы оказания медицинской помощи, с акцентом на первичном уровне, может стать помощь равноценного или лучшего качества при меньшей ее стоимости.** Степень удовлетворенности пациентов также возросла; ни один больной, прикрепленный к офису общей практики, не пожелал вернуться в обычную поликлинику. Сходство полученных результатов с аналогичным экспериментом в Днепропетровске, Украина, доказывает, что они не были вызваны определенными обстоятельствами или специальными навыками врачей. Общими элементами в обоих экспериментах были: возросшее финансирование медицинских услуг первичного уровня и возросшая ответственность врачей первичного уровня.

Высокая отдача от незначительных инвестиций в первичную помощь демонстрирует ошибочную природу бюджетной политики прошлого в ответ на экономический кризис. Создается впечатление, что основными целями политики в про

шлом были: (1) медицинские учреждения должны быть открыты, а сотрудники должны быть трудоустроены; (2) экономия средств должна достигаться путем уменьшения зарплаты и расходов на медикаменты и оборудование. В результате попытки оптимизировать использование ресурсов, доступ к большей части медикаментов и оборудования был ограничен специалистами узкого профиля. Размещая большинство оборудования по специализированным центрам, власти надеялись, что таким образом оно не будет простаивать без действия.

К сожалению, подобная политика привела к значительным негативным последствиям. Каждый раз, когда больной обращается с жалобой, вероятнее всего, ему придется посетить несколько врачей по несколько раз. Неэффективность на самом нижнем уровне системы способствует неэффективности деятельности и на более высоком уровне. Врачи первичного уровня, из-за отсутствия оборудования и относительно узкого спектра подготовки, мало что могли предпринять, кроме как направить больных к специалистам узкого профиля в поликлинике и больнице. Специалист, работающий в поликлинике, заподозрив любую проблему, выходящую за рамки его специализации, не имеет ни времени ни оборудования для решения этой проблемы; поэтому он часто вынужден направлять своего пациента к другому специалисту. Специалисты в поликлинике тратят много времени на обычное обследование, так как терапевты испытывают недостаток оборудования, необходимого для их проведения. Если же специалисты сталкиваются с проблемой по своей специальности, из-за недостатка времени и оборудования для решения проблемы на месте, они вынуждены отправлять пациента в больницу. Стационары заполняются больными, которые не нуждаются в тщательном обследовании и лечении. Так как количество направлений и анализов пропорционально числу посещений, а в результате каждой консультации и ли анализа потребуются, скорее всего, дополнительные исследования и направления, то потребность в ресурсах резко возрастает, пока не превысит имеющиеся в наличии. В большинстве случаев пациенты мало выигрывают от госпитализации или консультации специалиста, так как их проблемы носят достаточно общий характер и могут быть излечены на более низком уровне.

Конечно, такая политика была выгодна бюрократическому аппарату системы здравоохранения, который часто требовал увеличения объемов финансирования и возражал против сокращения расходов, ссылаясь на высокую степень использования ресурсов. Хотя реальная причина высокой степени использования ресурсов заключается в поразительной неэффективности системы. Большинство врачей делают гораздо меньше того, что позволяет им полученное обучение и навыки. В свою очередь, количество врачей, медицинских учреждений и вспомогательного персонала могло быть существенно меньше, если бы врачи использовали более эффективно. А необоснованно большое число медицинских учреждений ведет к росту расходов на их содержание и эксплуатацию.

Повышение эффективности врачей на уровне первого контакта с пациентом, то есть на первичном уровне, является наилучшим способом снижения неэффективности системы в целом.

Персонал офиса общей практики *МедЭкспресса* перечислил целый ряд причин сравнительно высокой эффективности своей деятельности:

1. Высокий уровень профессиональной подготовки: врачи имеют сертификаты, свидетельствующие о прохождении трехлетнего обучения по семейной медицине в Медицинской академии пост-дипломной практики города Санкт-Петербурга; медицинские сестры общей практики прошли аналогичное обучение в медицинском училище Санкт-Петербурга.
2. Хорошее обеспечение медицинским и вспомогательным оборудованием офиса общей практики, включая современные приборы и материалы для проведения анализов, базу данных медицинских записей, формы историй болезней и т.д.
3. Новая структура амбулаторной помощи в Санкт-Петербурге позволяет врачу и пациенту общаться 24 часа в сутки, например, при помощи пейджеров и телефонов, которых обычно недостаточно в поликлиниках; это помогает контролировать количество поступлений в больницу, а также ограничивает необоснованные вызовы скорой помощи.
4. Тесное взаимодействие со специалистами как сокращает число необоснованных направлений, так и повышает эффективность помощи специалиста, когда она действительно имеет место.
5. Полное обеспечение деятельности офиса общей практики, что сокращает потребность в госпитализации.
6. Повышенная личная ответственность врача общей практики за пациента: врач общей практики лично отвечает за оказанные им услуги; а при отсутствии заведующего отделением, начмеда или главврача над собой, ему невозможно переложить частично ответственность на специалиста узкого профиля, что часто делают терапевты в поликлинике.
7. Усовершенствованная непрерывность процесса оказания помощи, то есть повышенная возможность мониторинга состояния здоровья всей семьи с течением времени и в эпизодах болезни.
8. Основное внимание уделяется наиболее нуждающимся пациентам.

Опыт общей практики *МедЭкспресс* подчеркивает потенциал высококачественной помощи первичного уровня для улучшения качества и эффективности медицинской помощи в целом в странах бывшего Советского Союза. Применение этих принципов позволит существенно сократить уровень госпитализации (до 60%) и общие расходы (более чем на 50%).

Справочный материал

М. Стоун. Успешная интеграция медицинского страхования, частной практики и семейной медицины в Днепропетровске, 1996 г.

Медицинская страховая компания МедЭкспресс. Документация на получение гранта Программы *ЗдравРеформ*, 1995 г.

_____. Технический отчет за 1 квартал, 1996 г.

_____. Технический отчет за 2 квартал, 1996 г.

_____. Финальный квартальный технический отчет 1996г

Приложение: Перечень оборудования, приобретенного для общей практики МедЭкспресс

1. Набор инструментов для врача ВА 76520
2. Персональный компьютер Пентиум 75
3. Персональный компьютер Пресарио АТ486
4. Лазерный принтер HP DJ-320
5. Лазерный принтер HP DJ-540
6. Картриджи для принтеров: черный и цветной HP
7. Аппарат ЭКГ ЭК 12К-01
8. Стационарный факс биохимической лаборатории
9. Набор химических реактивов для лаборатории
10. Набор инструментов для офтальмологического осмотра
11. Тонометр Малахова
12. Проектор PZ-MD
13. Набор Риестар (4 шт.) с батарейками
14. Напольные весы - модель 913
15. Монитор АД МФ 30 (2 шт.)
16. Монитор АНД
17. Монитор АД ВА 731 с батареейкой и устройством для подзарядки
18. Метр для измерения роста
19. Расходомер ASSEES (2 шт.)
20. Колпачки для расходомера (100 шт.)
21. Стетоскоп 04-600 (3 шт.)
22. Цветные таблицы (16 картинок)
23. Реактивы для лаборатории
24. Сушильный аппарат
25. Биноккулярный микроскоп
26. Аппарат Панченко
27. Переносной аппарат ЭКГ MSC 2001 (производство США)
28. Тестер для мочи Урилюкс
29. Камера Горяева
30. Резервуары для стерилизации
31. Набор офисной мебели
32. Решетки, лестница, шторы и экраны.
33. Набор медицинской мебели
34. Набор мягкой мебели
35. Медицинские весы VME-1-15
36. Осветительные приборы
37. Канцелярские принадлежности
38. Техническое оборудование для уборки
39. Пейджеры.